N° 13

DE LA

MORT SUBITE

DANS LES MALADIES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 1er DÉCEMBRE 1887

PAR

E.-E.-A. BONNESCUELLE DE LESPINOIS

Né à Toulon, le 21 mai 1863

AIDE-MÉDECIN DE LA MARINE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE Gve FIRMIN

3 — PLACE DE LA MAIRIE — 3

1887

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN. . . . . DOYEN
GRASSET. . . . . ASSESSEUR

PROFESSEURS

Clinique médicale	MM.	COMBAL (✻ ✻).
Clinique des maladies mentales et nerveuses		CAVALIER (✻).
Physique médicale		MOITESSIER (✻).
Médecine légale et toxicologie		JAUMES.
Clinique chirurgicale		DUBRUEIL (✻).
Chimie médicale		ENGEL.
Hygiène		BERTIN-SANS.
Pathologie interne		CASTAN.
Clinique médicale		GRASSET.
Botanique et histoire naturelle médicale		PLANCHON (✻ ✻).
Physiologie		LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie		L. DUMAS.
Clinique chirurgicale		TEDENAT.
Opérations et appareils		GRYNFELTT.
Pathologie externe		CHALOT.
Anatomie pathologique et histologie		KIENER.
Anatomie (Chargé du cours)		GILIS.
Thérapeutique et matière médicale		HAMELIN (✻).

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✻ ✻).
Profess. honor. : MM. MARTINS (O. ✻). DUPRE (C. ✻ ✻).

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES

Clinique des maladies des enfants	MM.	BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutanées		GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards		N.
Clinique ophthalmologique		TRUC, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. CARRIEU	MM. BAUMEL	MM. GERBAUD
MAIRET	VILLE	GILIS
MOSSÉ (✻)	GRANEL	MALOSSE
REGIMBEAU (✻)	FORGUE	BROUSSE
BLAISE	TRUC	

MM. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. CASTAN, *président.*
JAUMES, *professeur.*
BAUMEL, *agrégé.*
BROUSSE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE

LE DOCTEUR BONNESCUELLE DE LESPINOIS

MÉDECIN PRINCIPAL DE LA MARINE EN RETRAITE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MA MÈRE

Hommage de ma tendresse
et de ma reconnaissance.

A MES FRÈRES

E. DE LESPINOIS.

A M. LE DOCTEUR BERTRAND

MÉDECIN PRINCIPAL DE LA MARINE

PROFESSEUR D'HYGIÈNE ET DE MÉDECINE LÉGALE AUX ÉCOLES

DE MÉDECINE NAVALE

A M. LE DOCTEUR R. GESTIN

INSPECTEUR GÉNÉRAL DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER D'ACADÉMIE

E. DE LESPINOIS

A mes Camarades de la Marine

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur CASTAN

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

E. DE LESPINOIS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553210_0132

INTRODUCTION

On s'est toujours beaucoup préoccupé de la mort subite, que rien n'annonce, que rien ne fait prévoir, et pour preuve, je n'en veux que ce cri du psalmiste vers le Ciel : *A morte subitanea libera nos.* Mais c'est surtout depuis l'apparition de la Thèse de Dieulafoy que des théories sans nombre ont été échafaudées et défendues avec plus ou moins de talent par leurs auteurs. J'ai voulu, dans cette Thèse inaugurale, résumer l'opinion de tous sur la mort subite dans les maladies et montrer autant que possible quel chemin suit la mort pour faucher une existence.

Avant de passer à mon sujet, je prie M. le Dr Bertrand, professeur à l'Ecole de médecine de Toulon, de vouloir bien accepter l'hommage de ma reconnaissance pour la générosité avec laquelle il a mis ses notes à ma disposition. Je remercie également MM. les docteurs Romain, médecin principal en retraite, et Randon, médecin de 1re classe, pour les observations qu'ils ont bien voulu me communiquer.

Que M. le professeur Castan veuille bien agréer mes sen-

timents de vive gratitude pour l'honneur qu'il me fait en acceptant la présidence de cette Thèse !

Arrivé au terme de ma scolarité médicale, qu'il me soit permis de remercier les Maîtres de la Faculté de Montpellier de la bienveillance qu'ils m'ont toujours témoignée.

DE LA

MORT SUBITE

DANS LES MALADIES

DÉFINITION

En France, où la langue est assez riche pour qu'on y trouve toujours ce qu'on est convenu d'appeler le mot propre, l'expression « mort subite » ne devrait s'appliquer qu'à une sorte de mort, la mort instantanée, foudroyante, sans lutte et sans phrase, comme celle du taureau frappé entre l'atlas et l'occipital par l'épée du matador.

On appellerait *mort rapide* celle qui survient moins brutalement, quoique dans un laps de temps fort court.

Malheureusement, cette distinction n'a pas été faite, ou, si elle l'a été, elle est restée dans le domaine théorique.

Dans le langage pratique usuel (et les médecins légistes surtout sont responsables de ce défaut de précision dans les termes), on a toujours confondu sous ce titre : *mort subite*, la mort instantanée et la mort rapide, à condition que celle-ci soit imprévue.

« On comprend, en médecine légale, sous le nom de mort

subite les cas où la mort survient plus ou moins rapidement en quelques secondes, quelques heures, ou même quelques jours, mais d'une façon imprévue, frappant sans cause apparente un sujet jusque-là bien portant ou n'ayant présenté que des troubles de la santé très-légers, ou du moins paraissant tels aux personnes de son entourage.» (Vibert).

N'ayant pas qualité pour réformer le langage médical, je subirai ses errements et j'admettrai la mort subite telle qu'elle a été comprise généralement.

Toutefois, au sujet de la mort rapide, imprévue, je ferai une remarque, car le mot *imprévue* a besoin d'être fixé.

J'ai voulu traiter ici de la mort subite, non dans des circonstances quelconques, mais au cours de maladies que je supposerai reconnues ou ignorées, — ne sortons pas de ce cadre.

Quand je dis que la mort qui survient alors est imprévue, j'entends qu'aucun des symptômes présentés par le sujet, au moment où le dénouement fatal est survenu, ne pouvait le faire craindre ; mais je ne veux pas dire par là que la possibilité d'un semblable accident ne devrait pas se présenter à l'esprit du médecin, le diagnostic de la maladie ayant été posé.

Nous savons en effet que certains états pathologiques peuvent conduire à la mort instantanée ou rapide. La notion même de la maladie pourra donc nous faire prévoir une catastrophe qui pourtant, eu égard aux circonstances présentes, sera réellement inopinée.

Exemple : insuffisance aortique ; le malade vaque à ses affaires et meurt subitement.

J'appellerai donc mort subite la mort instantanée et la mort rapide quand elle est imprévue, eu égard aux circonstances actuelles.

Ces prémisses posées, je traiterai mon sujet à un double point de vue :

1° Étude de pathologie générale, dans laquelle j'étudierai le mécanisme de la mort subite considérée en général ;

2° Étude de pathologie appliquée, dans laquelle je parlerai de la mort subite dans les maladies et de son mécanisme dans chaque cas particulier.

I. — ETUDE DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

DES DIVERS MÉCANISMES DE LA MORT SUBITE

Il est dans l'organisme des fonctions qui peuvent être lésées sans que l'atteinte qu'elles subissent ait un retentissement immédiat ou fatal sur cet ensemble d'actes associés et synergiques que nous appelons la vie. Il en est d'autres qui, supprimées ou suspendues, entraînent nécessairement la déroute générale de ces actes et la catastrophe de l'organisme : telles sont l'innervation, la respiration, la circulation, les trois fonctions essentielles, celles qui ont pour pivots, l'encéphale, le poumon et le cœur, ce trépied de la vie, suivant l'expression célèbre de Bordeu et de Bichat.

Dans son magnifique ouvrage, *Recherches sur la vie et la mort,* notre illustre physiologiste rapportait la mort à ce triple mécanisme : mort par le cœur, mort par le poumon, mort par le cerveau ; trois organes, trois appareils dont les fonctions sont solidaires et indissolublement liées, si bien que la mort de l'une quelconque d'entre elles entraîne fatalement celle des deux autres.

Si le cœur cesse de battre, tout s'arrête avec lui ; le sang ne s'oxygène plus dans les poumons, et le cerveau, privé de son excitant physiologique, suspend ses opérations.

Suspendez l'hématose, plus d'influx cérébral, plus d'action ; le cœur succombe, après une lutte désespérée, convulsive.

Supprimez l'action cérébrale, les agents mécaniques de la respiration refusent le service, et le cœur arrête ses mouvements.

A ce mot de *cerveau* qui exprime aujourd'hui une erreur physiologique, substituez le mot *encéphale* ou *bulbe*, quelle splendide conception que ce tableau analytique de la mort !

On ne saurait faire entrer dans les causes de mort subite, la mort par le sang, comme l'ont voulu certains auteurs. Je ne parle pas, bien entendu, des cas où le sang contient une substance toxique qui s'en va empoisonner le bulbe, mais de ceux où l'on voit une mort foudroyante suivre l'introduction dans le sang de substances qui frappent instantanément les globules, telles que la mort par la gangrène, l'hydrogène arsénié. Car tout ceci figure dans Ia pathogénie de la mort subite en général, mais ne saurait s'appliquer au cas spécial qui nous occupe, la mort subite dans les maladies.

Si tel est le mécanisme de la mort en général, c'est encore celui de la mort subite, les trois grandes fonctions dont nous avons parlé représentant comme l'arche sainte, le *noli me tangere* des corps vivants.

Tous les auteurs qui, après Bichat, ont traité de la mort subite l'ont rapportée avec ou sans variantes à ce triple mode.

Aran, dans les *Archives de Médecine* et dans sa Thèse d'agrégation, classe les causes de la mort subite sous les chefs suivants :

1° Mort subite par lésions du système circulatoire.
2° — — du système respiratoire.
3° — — du système nerveux.
4° — — de l'appareil digestif.
5° — — des appareils sécréteurs.

On peut objecter à cette classification que les deux dernières

causes peuvent et doivent être supprimées, parce qu'elles rentrent dans les deux premières.

Vigier, dans sa Thèse de Paris (1867), donne la classification suivante :

1° Mort subite par altération du système respiratoire.
2° — — du système circulatoire.
3° — — du système nerveux.

Tourdes (*Dict. encyclopédique*) se rapproche encore plus de la classification de Bichat :

1° Mort par le poumon.
2° — par le cœur.
3° — par l'encéphale.

Tels sont donc les trois modes de la mort subite, à la condition toutefois que nous appelions de ce nom, ainsi que je l'ai déjà dit, et la mort instantanée et la mort rapide, imprévue ; car, si nous réservions cette appellation au premier genre de mort, les troubles fonctionnels respiratoires n'auraient peut-être pas le droit de figurer parmi les causes de la mort subite, ces troubles amenant plutôt la mort rapide.

De ces trois causes de mort subite, quelle est la plus commune?

On a incriminé autrefois l'origine cérébrale, et plus particulièrement l'apoplexie. C'est une erreur démontrée aujourd'hui par l'anatomie pathologique.

On a dit alors que la mort subite arrivait surtout par le cœur. Devergie, sur 40 cas de mort subite, l'a vue survenir 12 fois par congestion pulmonaire et 12 fois par congestion à la fois pulmonaire et cérébrale. On en a alors conclu à la fréquence prépondérante de la mort par le poumon.

Il en est peut-être ainsi dans les conditions ordinaires de l'observation médico-légale, par exemple chez l'homme qui n'est pas malade et que la mort vient frapper, pour ainsi dire, en même temps que la maladie ; mais très-certainement il n'en est plus de même relativement à la mort subite qui survient dans le cours d'une maladie constituée.

D'ailleurs, si les distinctions de Bichat reposent sur des faits expérimentaux incontestés, pratiquement il n'est pas toujours facile de remonter exactement à l'origine du trouble fonctionnel même qui a déterminé la mort ; et de ce que l'on trouve à l'autopsie, par exemple, une lésion pulmonaire, il ne s'ensuit nullement que la mort ait eu lieu par le poumon ; car on comprend très bien qu'une congestion pulmonaire subite, telle qu'en déterminent par paralysie vaso-motrice le froid et l'alcool, ait pu arrêter le cœur avant que l'hématose elle-même ait été complètement suspendue.

La mort est commune dans la pleurésie avec épanchement ; conclurons-nous de cette lésion à la mort par le poumon ? Ce serait, je pense, faire erreur.

Quand il se fait une hémorragie interne ou externe abondante et rapide, comment survient la mort ? Est-ce par arrêt primitif du cœur ou par cessation des fonctions du bulbe brusquement anémié ? Et les deux mécanismes ne peuvent-ils être invoqués ?

On pourrait multiplier les exemples. Tous feraient ressortir ce fait que, tout en étant très-exacte, la distinction de Bichat n'est pas toujours d'une détermination aisée.

La solidarité fonctionnelle est telle, entre les trois principaux rouages de l'organisme, qu'on ne peut pas toujours dire quelle est exactement l'avarie qui a arrêté la machine.

Bien souvent l'autopsie ne nous montre que le désordre provocateur ; le mécanisme intime nous échappe.

Nous allons nous en convaincre en abordant le point princi-

pal de notre étude : de la mort subite dans les maladies, et de la cause de la mort dans chaque cas particulier ; considérations qui appartiennent à la deuxième partie du travail que nous nous sommes tracé.

II. — ETUDE DE PATHOLOGIE APPLIQUÉE

Voilà pourquoi, dans cette étude, nous chercherons, ailleurs que dans la considération d'un mécanisme trop souvent conjectural, les éléments d'une classification dont nous avons besoin pour nous reconnaître au milieu des faits si complexes que nous allons avoir à débrouiller.

D'ailleurs, dans une même maladie, la mort subite peut reconnaître des causes multiples et des mécanismes très-variés.

Prenant en considération la nature des phénomènes pathologiques, je les répartirai en deux groupes, qui seront ensuite subdivisés :

A. *Maladies des appareils.*
B. *Maladies générales.*

CHAPITRE PREMIER

MALADIES DES APPAREILS

Parmi les lésions que vont nous présenter les maladies de ce groupe, les unes sont primitives et provocatrices, les autres sont secondaires et occasionnelles de la mort subite ; ce sont plutôt des lésions anatomiques que des maladies proprement dites.

Cette distinction sera faite, quand il y aura lieu, à propos de chaque cas particulier.

1° Maladies de l'appareil digestif

Maladie de la langue. — La glossite, par la tuméfaction de l'organe, par le refoulement de l'épiglotte sur l'orifice supérieur du larynx, donne lieu, ainsi qu'on peut aisément le concevoir, à des accès de suffocation pendant lesquels la mort peut survenir brusquement. Mais ici la possibilité d'une semblable terminaison est à prévoir.

« Les replis aryténo-épiglottiques qui, par l'abondance et par la laxité de leur tissu conjonctif, résument la lésion principale de cette maladie, sont œdématiés, tremblotants, et

peuvent acquérir jusqu'à dix fois leur volume ; l'épiglotte atteint aussi une épaisseur triple de son volume normal, et de telles lésions expliquent aisément l'oblitération presque complète de l'orifice du larynx. » (Dieulafoy, t. I, p. 45.)

Maladies du pharynx. — L'angine phlegmoneuse, les abcès rétro-pharyngiens, soit par l'œdème qu'ils déterminent, l'infiltration purulente de la glotte se transmettant par les replis aryténo-épiglottiques, soit par la rupture possible de l'abcès et l'irruption du pus dans les voies aériennes pendant le sommeil, amèneront le même dénouement fatal.

Maladies de l'œsophage. — Dans l'œsophagite ulcéreuse ou suppurée, que peut-il se produire ? Les tuniques de ce conduit étant rongées par le processus ulcéreux, la nécrose se communique à la trachée, la perfore, et alors les aliments, les boissons, les produits de destruction de ces tissus, le pus, passeront par ce nouveau pertuis, et l'asphyxie surviendra, comme nous l'avons vu plus haut pour les angines phlegmoneuses, les abcès rétro-pharyngiens. Le point d'entrée des corps étrangers sera seul changé.

Maladies de l'estomac. — L'ulcère simple de l'estomac, le cancer de ce même organe, affections que l'on rencontre assez souvent dans les salles de clinique, nous offrent de nombreux exemples de mort subite. Ici la mort arrive le plus souvent, dans le cas qui nous occupe, par hématémèse foudroyante. Ou bien, le néoplasme est friable, très vascularisé, et la moindre irritation survenue par un effort, par l'ingestion d'aliments plus ou moins solides, provoque cette hématémèse, qui met rapidement un terme aux souffrances des malades ; ou bien, et c'est le propre de l'ulcère d'agir ainsi, l'estomac est perforé, l'ulcération envahit la splénique ou la coronaire stoma-

chique, et le même dénouement se produit sous les yeux du médecin impuissant à le conjurer.

Maladies de l'intestin.— La complication le plus à redouter dans plusieurs maladies différentes, telles que la fièvre typhoïde, la tuberculose intestinale, la dysenterie, etc., c'est à coup sûr la perforation. Mais ici nous n'avons pas, à proprement parler, la mort subite, imprévue ; car elle est annoncée par des symptômes qui la font prévoir et à échéance généralement assez courte.

Parmi les nombreux malades que nous voyons à l'hôpital Saint-Mandrier, beaucoup sont atteints de la diarrhée chronique de Cochinchine. La mort subite est rare dans le cours de cette affection ; néanmoins on en a observé quelques cas, et nous ne saurions mieux faire que de citer à ce sujet l'opinion que nos Maîtres, MM. Fontan et Bertrand, ont publiée dans leur ouvrage sur l'*entéro-colite des pays chauds*.

« Rare en somme la mort rapide, c'est-à-dire la mort en quelques heures ou quelques jours, est, croyons-nous, plus commune à bord des navires-transports que dans nos hôpitaux maritimes. Elle est toujours la conséquence de quelque complication. Voici, parmi ces accidents, ceux auxquels une semblable terminaison nous a paru imputable. Ce sont d'abord des symptômes cholériformes qui, dans l'immense majorité des cas, résultent d'un écart de régime.

» L'œdème pulmonaire est quelquefois, croyons-nous, une cause de mort rapide dans l'entéro-colite chronique. Nous ne pouvons citer à l'appui de cette proposition aucun argument nécropsique ; mais nous nous rappelons avoir vu la mort frapper très vite des gens qui avaient présenté de la dyspnée et à l'auscultation desquels nous avions pu saisir de nombreux râles sous-crépitants.

» Une dernière influence à signaler parmi celles qui interviennent dans le mécanisme du genre de mort dont nous nous occupons en ce moment, c'est la *thrombose veineuse* de l'encéphale avec ses conséquences possibles, hémorragie cérébrale ou méningée. C'est une complication assez fréquente en pathologie infantile : Tonnelet, Rilliet et Barthez, Bouchut, Lancereaux, Marty, l'ont bien décrite, et Parrot lui a consacré de longs développements dans son travail sur l'athrepsie, où il la considère comme une des causes principales de ce qu'il a appelé l'*encéphalopathie athrepsique*.

» La mort subite est possible ; nous en avons noté un cas. Mais c'est une terminaison exceptionnelle ; on ne l'observe guère que dans la maladie parvenue à sa dernière période. Elle a lieu par syncope. Le malade perd connaissance, la face pâlit, le pouls est supprimé ; au bout de quelques minutes, tout est fini.

» Le mécanisme de cette mort soulève les mêmes difficultés que la pathogénie de la mort subite dans la fièvre typhoïde.

» Ici encore on pourrait la rapporter à la dégénérescence granulo-graisseuse de la fibre cardiaque, altération dont l'anatomie pathologique de l'entéro-colite des pays chauds nous fournit quelques exemples ; mais, comme dans les circonstances où cette lésion a été constatée à l'autopsie, la mort n'était pas survenue subitement, et comme, d'autre part, la dégénérescence en question n'a pas été signalée, que nous sachions, dans des cas terminés de cette manière, nous repoussons cette explication.

» Nous préférons admettre que la mort subite, accident très rare, nous le répétons, est la conséquence de l'inanition aidée de quelque circonstance fortuite, comme une émotion morale ou un réflexe parti du tube digestif.

» Deux arguments viennent à l'appui de cette pathogénie. C'est d'abord le peu de résistance qu'offrent aux impressions

venues du dehors les animaux inanitiés ; ainsi de ceux qui servirent aux expériences de Chossat ; ainsi encore de ces grenouilles qui, jetées dans un bocal et abandonnées pendant des mois dans un coin de laboratoire, succombent dès qu'on les touche.

» C'est ensuite, deuxième argument, que dans le cas clinique relevé par nous l'ingestion d'un aliment lourd pouvait être incriminé. »

Maladies du foie. — A l'article Foie du *Dictionnaire encyclopédique,* on rapporte quelques exemples de mort subite dans l'hépatite suppurée ; nous n'en connaissons pas, pour notre part. L'abcès se rompt dans la plèvre, le malade est pris de dyspnée, de suffocation, et il meurt rapidement ; ou bien c'est dans le péricarde que le pus fait irruption ; le malade succombe dans l'algidité, après avoir traversé les périodes de dyspnée subite, d'angoisse et de collapsus. C'est ici une mort par syncope. On y trouve encore relaté un autre cas de mort par syncope alors que l'amélioration était très nette après évacuation du pus.

Les cirrhoses, par le retentissement que les lésions du foie ont sur le cœur droit et gauche, peuvent amener une mort rapide ; mais cet accident est rare, en somme. Dans ces affections un autre mécanisme peut intervenir : je veux parler de l'hématémèse, qui peut être foudroyante. Nous en avons vu un exemple, que nous rapportons.

Observation Première

M. D... (Pierre), 55 ans, chef d'escadron de gendarmerie maritime, entre à l'hôpital le 18 juin 1887, après avoir eu une hématémèse pendant la nuit.

Seconde hématémèse peu de temps après son arrivée. Vers 6 heures du soir, nouvelle hématémèse, qui emporte subitement le malade.

Autopsie. — Œdème généralisé, infiltration gazeuse du tissu cellulaire.

Un peu de congestion pulmonaire.

Cœur. — Graisseux, exsangue, couleur feuille-morte.

Œsophage. — Rempli de caillots de sang ; la muqueuse est rouge, hyperhémiée, mais pas de lésions à l'œil nu.

Estomac très distendu par du sang et des caillots. La muqueuse présente le même aspect que celui de l'œsophage. La paroi avoisinant la rate présente une grande quantité de taches ecchymotiques et comme des villosités à l'aspect rougeâtre, dont le siège principal est la grande courbure. A ce niveau on trouve également de petites ulcérations. Induration assez prononcée du lacis vasculaire de la face interne de la muqueuse, qui crépite et se détache de la couche fibreuse.

Foie. — Aspect cirrhotique et couleur feuille-morte, présente vers l'extrémité inférieure du lobe droit un abcès ancien dans la cavité duquel se trouve une matière jaunâtre. P. = 1650 gr.

La cavité crânienne et l'intestin n'ont pas été examinés.

Le cancer du foie peut amener la rupture de cette glande et l'épanchement d'une certaine quantité de sang dans le péritoine; la mort surviendra alors par réflexe à retentissement bulbain. Si au contraire le carcinome a déterminé l'ulcération du diaphragme de la plèvre et du poumon, ce sera une hémoptysie foudroyante qui terminera la scène.

Je pourrais en dire autant des kystes hydatiques de cet organe.

En dehors de ces produits pathologiques il existe dans le tissu du foie un élément normal, la cholestérine, qui est sécrétée par cet organe et qui est tenue à l'état de dissolution. Quand, par une modification quelconque de l'état du sujet, cette cholestérine se précipite, elle obstrue les voies biliaires et déter-

mine alors les coliques hépatiques, avec tout leur cortège de douleurs. Ces coliques sont la cause de mort subite par épuisement nerveux, et nous nous permettrons de citer ici ce que dit à ce sujet M. Jules Cyr, dans son *Traité de l'affection calculeuse du foie*.

« Nous savons que les phénomènes douloureux produits par les calculs sont susceptibles d'acquérir une intensité considérable, en même temps qu'une durée très prolongée. Or, on conçoit que, sous l'influence d'une excitation portée à un si haut degré et aussi persistante parfois, le système nerveux subisse une perturbation profonde qui se traduit tantôt par une dépression plus ou moins prononcée, tantôt par un abattement complet, une espèce d'anéantissement d'où les malades sont plusieurs heures à sortir : il s'est produit là une espèce de commotion nerveuse, de *shock* d'où résulte cette sidération de tout l'organisme qui, après les débats violents de la crise, offre un contraste assez effrayant et qui, dans quelques cas, a fait croire à une mort par épuisement. Le fait de la mort, dans ces circonstances, est heureusement exceptionnel ; cependant cela s'est vu, et comme ce cas présente un grand intérêt à tous les points de vue, et qu'il n'est pas d'ailleurs des mieux connus, nous allons entrer dans quelques détails sur ce point.

» Il est bien entendu que nous laissons ici de côté les cas de mort dans lesquels la terminaison rapide reconnaissait pour cause une péritonite aiguë par perforation des voies biliaires ou par périhépatite : nous n'avons en vue ici que les cas où la mort est survenue sans lésion apparente ou du moins avec des lésions n'entraînant pas ordinairement une fin brusque, et où par conséquent on ne peut l'expliquer que par une perturbation violente et profonde du système nerveux.

» On trouve dans l'ouvrage de Portal le résumé de deux cas, l'un emprunté à l'*Histoire de l'anatomie* de Lieutaud, l'autre au *Recueil des curieux de la nature*, mais qui ont entre eux une

telle analogie qu'ils pourraient bien ne former qu'un seul et même cas ; l'absence de détails très précis leur ôte d'ailleurs beaucoup de leur importance. Leigh, de Liverpool, a publié (*Medical Times*, 1867) le fait d'une femme de 33 ans, relevant de couches, lesquelles avaient été d'ailleurs excellentes, qui fut prise de coliques hépatiques violentes, suivies de mort au bout de seize heures. A l'autopsie, on trouva dans la vésicule un calcul gros comme un œuf de pigeon et environ 60 grammes de sérum sanguinolent dans le péritoine. L'auteur attribue la mort à l'épuisement causé par la persistance de la douleur qu'avait déterminée la pénétration du calcul dans le canal cystique.

» En 1878, le Dr Cornillon (*Vichy médical*, 1878) a observé un cas analogue chez une femme de 53 ans, où, bien qu'il n'y ait pas eu d'autopsie, la violence et la persistance de la douleur furent, d'après les symptômes qui se manifestèrent, la seule cause de la mort.

» Dans ce cas, il survint une première crise assez intense au bout de 10 jours de traitement thermal. Cinq jours après, nouvelle crise, mais beaucoup plus violente que la première ; on prescrit une potion opiacée dont la première cuillerée est vomie par la malade, qui refuse le reste. On applique alors à une demi-heure d'intervalle trois suppositoires belladonés et opiacés qui paraissent apporter un peu de calme. Néanmoins la douleur persiste et la mort survient 12 heures après le début de la crise. On a noté dans ce cas un développement considérable du foie.

» Le Dr Williamson, de l'île de Wight, a vu mourir également une femme de 50 ans au quatrième jour d'une violente crise de colique hépatique, accompagnée d'ictère, et que rien n'avait pu calmer. A l'autopsie, on trouva un calcul très rugueux, ovoïde, de 27 mm., faisant une saillie de 1 cm. dans le duodénum et coiffé de la muqueuse du cholédoque refoulée en avant (*The Lancet*, 1879).

» Habershon dit avoir observé deux cas dans lesquels la violence de la douleur fut telle qu'elle dépassa les forces du patient et que celui-ci succomba. Dans ces deux cas, le calcul faisait aussi saillie dans le duodénum.

» Le cas le plus remarquable parmi tous ceux de ce genre est le fait suivant, communiqué par M. Brouardel à la Société de médecine légale (séance du 12 décembre 1881) :

« Une jeune femme de 30 ans, bien constituée, vigoureuse, se rend vers la fin d'une après-midi à la gare de Strasbourg, un peu précipitamment, puis, se trouvant en avance, prend un verre de sirop de groseille avec de l'eau de seltz très froide. A peine en wagon, elle est prise de coliques très fortes, au point qu'ignorant la cause de son mal, elle dit aux personnes qui l'entouraient : « Je ne sais ce que je viens de boire, mais je crois que je suis empoisonnée. » Les douleurs augmentent de violence, si bien que, arrivée à la station où elle devait descendre, cette dame est obligée de se faire transporter à l'hôtel le plus proche. Les douleurs persistent et s'accompagnent de vomissements incessants : un médecin appelé d'urgence diagnostique une crise de colique hépatique et annonce que ce ne sera rien. La malade succombe vers une heure ou deux du matin, par conséquent huit ou neuf heures après le début de la crise. Une terminaison aussi rapide, aussi imprévue, rapprochée des craintes d'empoisonnement qu'avait manifestées la malade, attira l'attention du Parquet, qui prescrivit une enquête médico-légale, dont le professeur Brouardel fut chargé. L'autopsie démontra l'absence de péritonite ancienne ou récente et de lésion importante de l'estomac : congestion intense de la première portion de l'intestin grêle ; dilatation du cholédoque ; au niveau de l'ampoule de Vater, petit calcul à facettes qui ne semble pas oblitérer complètement la lumière du canal et qui fait hernie dans la cavité intestinale ; en outre, 71 calculs de cholestérine dans la vésicule, taillés à facettes et chacun du

volume environ d'un pois. L'analyse chimique des viscères ne fit découvrir la présence d'aucun poison minéral ou végétal. La mort était donc bien le fait de la crise hépatique et était survenue 8 à 10 heures après le début des douleurs.

» Reste à examiner le mécanisme de la mort dans ces circonstances :

» Physiologiquement, dit le professeur Charcot *(Leçons sur les maladies du foie)* on peut expliquer le développement de ces accidents en se reportant aux résultats de certaines expériences de Brown-Séquard, et qui consistent à déterminer, à divers degrés, l'irritation des ganglions semi-lunaires qui concourent à l'innervation des voies biliaires. De cette irritation résulte une activité réflexe qui, passant par la moelle épinière et le bulbe, retentit sur les nerfs pneumogastriques et occasionne finalement, si l'irritation est intense, un arrêt du cœur en diastole, c'est-à-dire une syncope. Portée moins loin, l'irritation pourra déterminer une diminution plus ou moins durable de la force du cœur et ainsi se produira l'état lipothymique.

» Selon toute vraisemblance, c'est surtout par ce mécanisme que surviennent les morts rapides observées dans un certain nombre de cas de colique hépatique calculeuse, par le seul fait de l'irritation nerveuse causée par la présence du corps étranger et sans l'intervention de quelque lésion organique grave, telle, par exemple, que l'ulcération suivie de perforation des voies biliaires. Ces cas de mort subite ou rapide, au milieu de phénomènes lipothymiques, ne sont pas absolument rares. »

» Nous ajouterons que, d'après les recherches récentes de Variot (Soc. anat., 81. — *Journal de l'anat. de Robin,* 82), il y aurait, disséminés entre les faisceaux musculaires du cholédoque, quantité de petits ganglions nerveux qui deviennent plus volumineux et plus nombreux à mesure qu'on se rapproche de l'ampoule de Vater, autour de laquelle ils forment comme un collier. Cette disposition particulière des ganglions et leur

agglomération autour de l'ampoule expliqueraient non seulement la sensibilité extrême de ce point, mais aussi le retentissement plus profond sur le système nerveux que peut avoir une irritation prolongée de cette région. Nous ferons remarquer, d'ailleurs, que dans la plupart des cas de mort rapide que nous avons énumérés, le calcul occupait précisément le point où Variot a constaté la plus grande abondance de ces petits centres nerveux ganglionnaires, c'est-à-dire autour de l'ampoule de Vater. »

Maladies de la rate. — Les lésions spléniques qui peuvent déterminer la mort subite sont rarement primitives. La splénite suppurée, comme on l'observe dans la fièvre typhoïde bilieuse, les kystes hydatiques, par leur rupture et la pénétration dans le péritoine de leur contenu, peuvent déterminer rapidement ou même subitement la mort par syncope.

On a observé la mort subite par rupture de la rate et hémorragie foudroyante dans la cachexie paludéenne, alors que cet organe est ramolli, friable. Nous en reparlerons plus loin quand nous nous occuperons des maladies miasmatiques.

Maladies du péritoine. — La mort, dans la péritonite, est plus ou moins rapide ; mais on peut toujours la prévoir, même dans le cas où il s'agit d'une péritonite suraiguë, par perforation; sa situation clinique est assez nette et la survie assez longue pour que le dénouement fatal ne soit une surprise pour personne.

MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

Maladies du larynx. — L'œdème de la glotte par ulcérations laryngées, le spasme que l'on constate chez les enfants, sont autant de causes de mort subite par oblitération du conduit

aérien. Le croup nous offre rarement une terminaison subite; cependant, parfois au milieu d'une amélioration apparente, tout à coup survient un accès mortel.

Nous présentons ici deux observations de mort subite dans la convalescence du croup, alors que l'on ne constatait à l'examen subjectif aucune cause capable d'amener un pareil dénouement.

Observation II

Communiquée par M. le Docteur Romain.

En 1858, la diphtérie régnant, à Toulon, parmi les soldats de la garnison et les marins des équipages de la flotte, un clairon du 4^{me} de marine est admis pour angine couenneuse à la salle 4 de l'hôpital maritime, dans le service du docteur Barrallier. L'affection n'est pas douteuse: des plaques caractéristiques occupent l'isthme du gosier, les amygdales et le pharynx.

Par un traitement énergique, ce soldat fut assez rapidement mis en voie de guérison. Son rétablissement nous paraissait assuré et prochain; les plaques pseudo-membraneuses avaient totalement disparu et ne se reproduisaient plus depuis plusieurs jours, lorsqu'un matin le convalescent, assis sur son lit et se préparant à prendre son chocolat, poussa un cri d'angoisse, se renversa sur sa couche et ne tarda pas à expirer.

L'autopsie, très sérieusement pratiquée, ne put révéler aucune cause de la mort. La muqueuse du pharynx, du larynx, de la trachée et des principales ramifications bronchiques, n'offrait nulle trace de plaques pseudo-membraneuses; seulement, sur certains points où elles avaient été implantées, particulièrement à la paroi postérieure du pharynx, la muqueuse présentait un aspect blanc nacré, tout en restant parfaitement lisse.

Observation III

Communiquée par mon père.

Dans le courant du mois de juin 1887, je fus appelé à 10 heures du soir, en toute hâte, chez une petite fille de 9 ans, convalescente de diphtérie, pour pratiquer le tamponnement des fosses nasales, nécessité par une épistaxis passive et assez inquiétante, vu l'état de faiblesse de l'enfant.

L'épistaxis fut arrêtée à peu près 36 heures après ; je procédai avec le plus grand soin à l'enlèvement des tampons, fil, etc., et, après un lavage légèrement astringent, tout danger d'hémorragie avait disparu. Un examen minutieux du pharynx me permit de constater la disparition complète de la diphtérie.

La petite fille, un peu fatiguée par ces manœuvres, demande un peu de vin de Malaga qu'elle déclare trouver excellent, et tout à coup pousse un profond soupir et expire dans mes bras.

Je pratiquai immédiatement des injections hypodermiques d'éther ; mais tout fut inutile.

Il n'y a pas eu d'autopsie.

Quelles causes peut-on invoquer pour expliquer ces cas de mort subite ? Est-ce par spasme de la glotte ? par myocardite restée ignorée ? L'autopsie est muette à ce sujet.

L'examen des organes pendant la vie permet de repousser cette hypothèse.

On rencontre quelquefois des tumeurs du larynx qui, étant pédiculées, peuvent se mettre en travers et obstruer la lumière du canal aérien ; le malade succombe rapidement par asphyxie.

Maladies des poumons. — La congestion pulmonaire primitive, telle que la produit le froid sur un individu qui a ingéré une certaine quantité d'alcool, serait pour Devergie la cause la

plus commune de la mort subite. Dans les congestions pulmonaires secondaires, on rencontre plus rarement la mort subite; car cet accident est une complication de nombreux états pathologiques affectant, soit l'appareil respiratoire, soit les autres appareils.

L'apoplexie pulmonaire reconnaît les mêmes causes, mais à un degré de plus, et ce que nous avons dit au sujet de la congestion pulmonaire ne pourrait que se répéter ici.

L'œdème pulmonaire est, lui aussi, une complication d'états pathologiques très-variés que nous indiquerons plus loin.

Chez les adultes, la pneumonie, quand elle est franche, produit très-rarement la mort subite ; mais on comprend la possibilité de cet accident si, à la pneumonie, viennent s'ajouter de la congestion pulmonaire brusque ou un œdème névro-paralytique, soit du même côté de la lésion, soit du côté opposé, soit enfin des deux côtés à la fois. Ces complications sont surtout fréquentes chez les ivrognes, chez les vieillards à l'autopsie desquels on trouve des pneumonies latentes arrivées parfois jusqu'à la période d'hépatisation grise.

La thrombose et l'embolie sont des causes communes de mort subite ; mais ce sont encore là de ces lésions provoquées par des lésions initiales que nous indiquerons par la suite.

Nous avons trouvé dans le *Progrès Médical* de 1880 un cas de mort subite dans l'adénopathie bronchique. La lésion étant chronique, on ne peut admettre comme cause de la mort la compression de la trachée ou des bronches. Dans le cas cité, le pneumogastrique droit contournait un ganglion tuméfié et apparaissait comme tendu. Pour expliquer la mort subite, on ne peut se refuser à admettre le tiraillement du nerf amenant un réflexe syncopal.

Pleurésie. — « Chomel, Trousseau, Dieulafoy, etc., en un mot tous les auteurs citent de nombreux cas de mort subite dans

la pleurésie, soit à la période d'augment, soit à la période d'état.

» Dans le premier cas, quand la matité devient absolue dans tout le côté affecté, excepté dans la gouttière sacro-vertébrale, quand le son skodique disparaît dans la région claviculaire, quand, en un mot, l'épanchement est considérable (3 litres et au-delà), le déplacement des organes est porté au maximum, le médiastin tout entier est refoulé, et la gêne qu'en éprouve la circulation pulmonaire est sans doute la cause des thromboses pulmonaires et des morts soudaines qui surviennent parfois avec les forts épanchements.

» Ces morts subites ou rapides sont souvent dues à des caillots pulmonaires ou cardiaques. Les caillots (thrombose et embolie) prennent naissance dans le cœur, dans les gros vaisseaux ou dans le parenchyme même du poumon. Si le caillot se forme dans les grosses veines pulmonaires ou dans le cœur gauche, il détermine une embolie le plus souvent cérébrale, avec toutes ses conséquences. Si le caillot se forme dans l'artère pulmonaire ou le cœur droit, il peut produire l'asphyxie rapide et la mort : tels sont les cas de Smith, Paget, Blachez, dont le malade atteint de pleurésie gauche succomba subitement par syncope. A l'autopsie on trouva un caillot qui commençait dans le tronc de l'artère pulmonaire et se prolongeait jusqu'aux ramifications de 3e et 4e ordre.

» Louis s'était donc mépris en avançant que la pleurésie simple n'est pas une cause de mort immédiate. On peut mourir, et mourir subitement par le fait d'un épanchement pleurétique aigu, dit Trousseau. » (Dieulafoy.)

Peut-on prévenir cette terminaison fatale ? Oui, par la thoracentèse ; car il est à remarquer que, sauf de bien rares exceptions, la mort subite n'a lieu dans la pleurésie que lorsque l'épanchement atteint 2,000 grammes, et qu'on ne peut évacuer le liquide avant qu'il ait atteint ce volume. Nous n'avons pas

ici à discuter la valeur de la thoracentèse, son emploi et ses résultats : qu'il nous suffise de savoir que ce moyen, si vanté par Trousseau, Dieulafoy et leurs élèves, ne met pas sûrement à l'abri de la mort subite. Combien d'exemples de mort après thoracentèse n'a-t-on pas cités ? Le malade est en proie à une forte dyspnée, toux quinteuse, expectoration albumineuse, et l'asphyxie se déclare si rapidement qu'elle emporte les malades en peu d'heures ou même de minutes, comme dans les cas de Girard, Gombault, Legendre, Dumontpallier, Bouveret, Béhier et Liouville.

A quoi attribuer cette dyspnée et cette asphyxie ? A une blessure du poumon ? Non, l'autopsie est muette à ce sujet. Il faut l'attribuer, selon Hérard, à l'œdème aigu du poumon, à la congestion pulmonaire rapide, suite, la plupart du temps, de maladies compliquant la pleurésie, telles que rhumatisme, tuberculose, etc. Je ne parlerai pas d'une évacuation trop considérable du liquide : avec les règles sur la matière posées par Trousseau et Dieulafoy, cet accident est beaucoup moins à redouter.

Dans quelques cas, les malades opérés sont morts le jour même, le lendemain ou surlendemain, à la suite de syncope. Les morts doivent être attribuées à des causes diverses et indépendantes de la thoracentèse : caillot cardiaque (Vergely), caillot pulmonaire (Guyot), phlébite et thrombose (Chaillon), gangrène pleurale (Besnier).

Le cancer pleuro-pulmonaire amène très rarement la mort subite. Cependant Jaccoud, Darolles, Carswell, Lataste, ont signalé des cas de mort rapide avant même l'apparition de tout signe de cachexie. La mort survient par asphyxie ou au milieu de symptômes cérébraux et comateux. On constate, en pareil cas, à l'autopsie, dit Jaccoud, soit une apoplexie du

poumon ou une thrombose de l'artère pulmonaire, soit de l'hydropisie des ventricules du cerveau.

« Dans le cas de pneumothorax (1) par perforation du poumon qui s'observe chez les tuberculeux ou en dehors de la tuberculose, il existe dans les premières heures une véritable anxiété respiratoire qui résulte de la suppression du poumon rétracté et de la gêne respiratoire causée par un afflux exagéré de sang dans la branche de l'artère pulmonaire destinée au poumon sain.

» La mort immédiate ne s'observe guère, à moins que le poumon resté seul ne soit le siège de lésions qui le rendent insuffisant. Une suffocation rapide, immédiate quelquefois, mais le plus souvent graduelle, entraîne alors les malades. »

3° Maladies de l'appareil circulatoire

Cœur. — Myocarde. — La myocardite, qu'elle soit aiguë ou chronique, scléreuse ou parenchymateuse, la dégénérescence graisseuse de la fibre cardiaque, ne sont que des lésions secondaires que nous rappellerons quand nous parlerons des états pathologiques provocateurs. Ces affections et la dégénérescence granulo-graisseuse surtout sont des causes fréquentes de mort subite, qui arrive alors par syncope le plus souvent, plus rarement par rupture du cœur.

Endocarde. — L'endocardite aiguë, complication fréquente de la myocardite et de la péricardite, se rencontre dans un certain nombre de maladies, principalement le rhumatisme. Mais, en dehors d'une embolie possible et qu'on ne peut prévoir.

(1) Peyrot, *le Thorax des pleurétiques*, 1876.

l'endocardite aiguë ne crée pas de danger immédiat. Nous ne pourrions en dire autant de l'endocardite ulcéreuse, qui fréquemment emporte rapidement les malades par embolie. Aux manifestations chroniques de l'endocardite appartiennent les lésions des divers orifices du cœur.

Le cœur gauche est le plus souvent atteint ; ceci se comprend, en raison de l'activité plus grande du ventricule gauche. Les lésions de l'orifice mitral, qui cependant est pour ainsi dire le lieu d'élection des manifestations cardiaques du rhumatisme, n'entraînent que rarement la mort subite. Nous en avons cependant observé un cas que nous publions ici.

Observation IV

Le nommé Blanc (Marius), 42 ans, journalier au port. Entré le 29 décembre 1886. Mort le 20 janvier 1887, à 5 h. 20 soir, par insuffisance mitrale.

A fait trois entrées à l'hôpital, durant l'année 1886, pour l'affection cardiaque à laquelle il a succombé. La première de ces entrées date du mois d'août, la deuxième du mois de septembre, la troisième du mois de décembre.

Toutes les observations cliniques relevées sont muettes sur les antécédents pathologiques. L'homme lui-même, interrogé, a toujours nettement affirmé qu'il n'avait jamais eu aucune atteinte rhumatismale. C'est l'œdème des membres inférieurs qui paraît avoir attiré l'attention du malade, car nous voyons porté sur le premier billet d'hôpital le diagnostic : Ascite et œdème des membres inférieurs. L'affection organique du cœur était une insuffisance mitrale, se traduisant à l'auscultation par un bruit de souffle au premier temps à la pointe. Ce souffle était fort

doux et éloigné, sans doute à cause de l'hydropéricarde que l'autopsie est venue confirmer.

On a constaté la plupart des accidents de l'insuffisance mitrale : essoufflement, engorgement pulmonaire, dyspnée, ascite, œdème des membres inférieurs, cyanose de la face, tracé sphygmographique des plus caractéristiques. Toutefois les dernières crises dyspnéiques ont été très précoces et inattendues. Elles ont amené un dénouement prévu, il est vrai, mais non à une aussi courte échéance.

Autopsie. — Face cyanosée, infiltration générale des tissus, principalement des membres inférieurs, ascite volumineuse, érythème du scrotum, des régions inguinales et du prépuce.

Abdomen. — Issue de 4 litres de liquide rougeâtre. Rien du côté des anses intestinales.

Thorax. — Hydrothorax ; quelques adhérences pleurales.

Poumons très congestionnés, teinte ardoisée caractéristique. Ils surnagent. Leur coupe ne fait que confirmer la congestion passive dont ils sont le siège.

Cœur. Hydropéricarde.— Le cœur (*cor bovinum*) présente une hypertrophie des plus considérables (640 gr.). Il refoule le poumon gauche, qui est condensé en arrière de la poitrine. Son aspect est tout à fait celui d'une feuille morte. La fibre musculaire paraît avoir subi principalement la dégénérescence graisseuse. On constate un aplatissement du cœur quand on le pose sur un plan horizontal et résistant. Les lésions du côté des divers orifices paraissent peu accentuées. La valvule mitrale seule est intéressée. Les bords sont indurés et donnent la sensation de tissus ayant subi un commencement d'infiltration calcaire. Rien du côté des vaisseaux.

Foie. — Son poids est de 2000 gr. Adhérences nombreuses au niveau de sa face supérieure. A la coupe, de nombreux îlots noirâtres donnent l'aspect du foie muscade. Rien du côté des reins.

La cavité crânienne n'a pas été ouverte.

Comme on le voit par cette observation, la lésion seule de la valvule mitrale a déterminé une mort subite alors que cet accident, assez rare dans l'insuffisance mitrale, ne pouvait assombrir le pronostic d'une manière prévue.

« A l'encontre de l'insuffisance mitrale, l'insuffisance de l'orifice aortique, plus qu'aucune autre espèce d'affection, expose à la mort subite. Le mécanisme de cette terminaison fatale a depuis longtemps excité l'intérêt des médecins. Deux hypothèses principales ont été mises en avant pour l'expliquer : 1° celle de l'anémie cardiaque par défaut d'irrigation des coronaires ; 2° celle de l'anémie cérébrale. Or nous savons que l'anatomie se refuse à admettre la première interprétation, l'orifice des artères coronaires n'étant pas obstrué pendant la systole ventriculaire.

» Broadbent a constaté dernièrement que la mort subite était surtout fréquente chez les malades qui avaient présenté des troubles gastriques (8 fois sur 10). Aussi, en pareil cas, il semble qu'on soit fondé à admettre l'intervention du pneumogastrique. » (Laveran et Teissier).

Péricarde. — La mort peut être subite dans la péricardite par suffocation ou syncope si le myocarde est dégénéré, et cette lésion coexiste souvent.

La péricardite aiguë peut se terminer mortellement, soit par l'épanchement abondant qui entrave la systole cardiaque, soit par dégénérescence aiguë du myocarde. Quelquefois une syncope subite arrête l'existence. C'est surtout dans les péri-

cardites hémorragiques et scorbutiques que cette terminaison rapide a été notée, en 37 heures dans un cas d'Andral.

On a cité plusieurs cas de mort subite par suite de kystes primitifs ou secondaires du péricarde. Nous en trouvons un exemple dans la *Revue médicale de l'Est*, 1878, et dans la Thèse de Cornet (Nancy. 1878).

« Un homme de 67 ans éprouve depuis deux ans des symptômes d'asystolie, et l'on constate une hypertrophie du cœur. Il meurt subitement. A l'autopsie on trouve un kyste hydatique de la grosseur d'un œuf de poule, situé à la partie inférieure et postérieure du péricarde, dans les feuillets du péricarde pariétal et viscéral accolés. »

La névrite du plexus cardiaque, substratum anatomique de l'angine de poitrine, expose fréquemment les malades à la mort subite. Ils peuvent mourir sidérés par la douleur (arrêt du cœur par excitation du pneumogastrique) ou bien ils succombent plus lentement dans la dyspnée, la cyanose et le coma. Forbes, cité par Laveran, a vu la mort subite se produire 49 fois sur 64 cas d'angine de poitrine.

Mon père a eu, il y a quelques années, un pareil accident à enregistrer dans sa clientèle. En voici la relation :

Observation V

M^me^ X.., âgée de 42 ans, fut peu après son mariage, à la suite de violents chagrins, atteinte d'aliénation mentale, affection qui nécessita son admission dans un asile d'aliénés (folie aiguë). Au bout de 10 ans elle sortit guérie, du moins l'espérait-on. Cependant, de temps à autre, elle ressentait de l'angoisse sous-sternale ; ce qui la tourmentait le plus, c'était une menace de suffocation imminente. Quelques soins médicaux appropriés conjuraient tous ces accidents.

Peu après, cette dame devint veuve ; quelques années après elle se remaria et eut deux enfants. A partir de ce moment, on ne

constata plus rien chez l'ancienne aliénée, et tout faisait prévoir une guérison définitive quand, le 27 mai 1883, après être venue en ville dans l'après-midi, elle revint à sa campagne, se sentit un peu fatiguée et se mit au lit. Vers une heure du matin, elle est prise de symptômes très graves : suffocation, douleur atroce sous-sternale s'irradiant dans le bras gauche, cyanose progressant à grands pas, mouvements tétaniques et mort en une heure, avant que tout secours médical pût lui être porté.

Six heures après la mort, la rigidité cadavérique était complète, la cyanose absolue. Il est bon de faire remarquer que cette dame n'a jamais présenté de maladies organiques du cœur, des gros vaisseaux ni des poumons, etc.

Vaisseaux. Artères. — L'athérome primitif (sénile) ou secondaire (goutte, alcoolisme, etc.) sert d'intermédiaire entre ces états pathologiques et les lésions à mort subite, telles que ruptures artérielles, thromboses ou embolies, soit pulmonaires soit bulbaires. Nous savons, par l'étude des symptômes de l'aortite chronique, que souvent par voisinage le plexus cardiaque est atteint de névrite, et qu'il suffit d'un changement de position pour déterminer un réflexe mortel. C'est ainsi, très probablement, qu'il faut expliquer la mort subite qui fait le sujet de l'observation suivante :

Observation VI.

Polysarcie et aortite. — Salle 3, n° 14.

Le nommé Laure (Modeste), 58 ans, ouvrier aux travaux hydrauliques, entre à l'hôpital, le 11 février 1886, avec le diagnostic bronchite et emphysème. Cet homme excessivement gros dit avoir toujours joui d'une excellente santé et n'user qu'avec grande modération des alcooliques.

Diminution du murmure vésiculaire de chaque côté. Râles sibilants et ronflants aux sommets. Expectoration muqueuse facile.

Cœur. — Au foyer aortique on constate l'existence d'un souffle systolique intense, se propageant en arrière, le long de la colonne vertébrale.

Le 13 février au matin, cet homme s'est levé comme d'habitude et est venu se recoucher. A 7 heures et demie, au moment où la visite allait commencer, on s'est aperçu qu'il n'avait plus aucun mouvement. Refroidissement des extrémités. Teinte cyanosée.

Autopsie faite 24 heures après la mort.

Habitus extérieur. — Corpulence considérable. Abdomen des plus volumineux. L'ombilic ne fait pas saillie. Aucune trace d'œdème partiel ou général. La face est vultueuse, cyanosée.

En incisant la paroi abdominale, on constate que la couche graisseuse, surtout au-dessus du pubis, est de 10 centimètres au moins. Infiltration graisseuse du péritoine et de l'épiploon. Pas de liquide. Les organes digestifs sont en partie atrophiés. L'intestin a un diamètre moindre de la moitié que de coutume. L'estomac n'est pas beaucoup dilaté. L'infiltration graisseuse des organes abdominaux refoulait par son volume le diaphragme, au point que la cavité thoracique était diminuée d'un tiers environ.

Foie. — Volumineux, en partie graisseux. P. = 2,600. Rien du côté de la rate. P. = 260.

Les reins ont subi en partie la dégénérescence interstitielle : le poids des deux est de 450 grammes.

Cœur. — Hypertrophié, mais scléreux, quoique entouré d'une atmosphère graisseuse. Les valvules sygmoïdes sont ratatinées, insuffisantes, en dégénérescence fibreuse.

Plaques d'athérome dans l'aorte. Les ouvertures des artères coronaires sont de moitié plus petites que d'ordinaire et entourées de plaques d'athérome.

Les anévrysmes sont une cause fréquente de mort subite, mais pas si commune qu'on le dit. C'est un diagnostic qui satisfait le public quand un individu meurt subitement dans la rue ; aussi voit-on chaque jour les journaux enregistrer des morts sous cette rubrique. La poche anévrysmale (je parle ici des anévrysmes de l'aorte) se rompt à l'extérieur après ulcération de la peau, et le malade est emporté par une hémorragie foudroyante ; ou bien elle se rompt dans les bronches, l'œsophage, le médiastin, le péricarde, la plèvre, et le malade succombe à la suite d'une hématémèse ou d'une hémoptysie, ou bien encore avec les signes des grandes hémorragies internes. Dans les cas de rupture dans le péricarde, la mort arrive presque subitement par compression du cœur.

Les anévrysmes de certains organes déterminent plutôt la mort par abolition des fonctions de l'organe où se fait la rupture, comme par exemple la rupture d'un anévrysme dans les centres nerveux.

Veines.— Dans la phlébite, qu'elle soit produite par un état dyscrasique entraînant la cachexie telle que le cancer, la tuberculose, de longues suppurations, etc., ou qu'elle reconnaisse pour point de départ des varices enflammées (Chabenat, thèse de Paris, 1874), on rencontre toujours ou presque toujours un caillot qui, à un moment donné, peut être entraîné tout ou en partie par le courant sanguin et amener la mort subite par em-

bolie. En dehors de ces états, on a observé l'embolie suite de phlegmatia alba dolens chez les nouvelles accouchées. M. Duguet, dans la *Gazette des hôpitaux*, 1878, cite un cas de mort subite, le troisième qui lui arrive, par embolie pulmonaire suite de thrombose de la saphène interne droite dans un cas de kyste ovarique compliqué d'ascite. Le caillot oblitérant l'artère pulmonaire mesurait 34 à 35 centimètres de longueur. Le thrombus de la saphène était dû à la compression exercée par le kyste.

4° Maladies du système nerveux

Encéphale. — Cerveau. — Le rôle de cet organe est bien réduit aujourd'hui dans la pathogénie de la mort subite. La plupart des méfaits qui lui ont été attribués appartiennent à l'isthme de l'encéphale.

L'apoplexie (et par là il faut entendre l'hémorragie de la pulpe et le ramollissement) n'est pas, dans l'immense majorité des cas, une cause de mort subite, contrairement à l'opinion ancienne.

La congestion cérébrale était regardée par Devergie comme une cause fort commune de mort subite. Elle peut l'amener, il est vrai ; mais il faudrait être fixé sur les termes. Il me semble que congestion encéphalique (bulbe compris) serait plus juste.

L'hémorragie ventriculaire occasionne fréquemment la mort subite ; mais alors, les ventricules latéraux sont déchirés et le bulbe intéressé, ainsi que cela eut lieu dans un cas qui se passa à Saint-Mandrier dans le service de M. le médecin en chef Cuneo.

On a cité des observations de mort subite dans des cas de tumeurs ou d'abcès du cerveau ; c'est probablement une con-

gestion cérébro-bulbaire subite que nous devons incriminer ici.

Méninges cérébrales. — L'hémorragie méningée, presque toujours subitement mortelle, amène la mort dans le coma parce que le 4e ventricule est presque toujours intéressé.

On a cité quelques cas de méningite comme cause de mort subite chez des jeunes gens ; mais cet accident est rare, en somme. Il est dû probablement à une méningite basilaire, avec extension vers l'isthme. Nous citons ici une observation de mort subite dans un cas de méningite tuberculeuse de l'isthme de l'encéphale, observé à Toulon dans le service de M. Cunéo.

Observation VII

Le nommé Helain (Eugène), 31 ans, matelot de l'*Orne*, est envoyé d'urgence à l'hôpital, le 7 mars 1886, le soir, avec le billet suivant : « Cet homme se présente à 5 heures trois quarts à l'infirmerie du bord avec vomissements, céphalalgie. La parole est très embarrassée. La température est de 41°. »

A son arrivée, le malade est dans le coma. Pas de troubles de la sensibilité ni de la motilité ; cependant, les pupilles sont dilatées, les dents fortement serrées. T. 40°.

Le 8 mars au matin, le coma a disparu, et le malade raconte qu'il est souffrant depuis 3 jours. Il ressentait de la céphalalgie, douleurs dans les reins et fièvre. Les jours suivants, persistance de la céphalalgie, perte de l'appétit et vomissements continuels. L'examen du malade ne donne pas de signes anormaux. Les pupilles sont revenues à l'état normal. L'intelligence semble cependant diminuée, et le malade est plongé dans un état de somnolence. Les urines sont fortement alcalines et con-

tiennent une quantité considérable d'urates et de phosphates. Pas d'albumine.

Le 8 mars, après l'administration d'un lavement à 9 heures trois quarts du matin, perte subite de connaissance. La parole est embarrassée, la respiration devient difficile et l'asphyxie commence subitement. Elle marche avec une grande rapidité. Le pouls, encore plein mais lent, ne tarde pas à devenir insensible. La mort survient presque immédiatement, à 10 heures du matin.

Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort.

Habitus extérieur. — Léger amaigrissement. Le ventre n'est pas météorisé. Cyanose générale accentuée, surtout à la face.

Les *poumons* sont sains, mais entièrement en stase asphyxique.

La stase asphyxique est très-marquée dans le domaine de la circulation abdominale. La veine cave est très-dilatée.

Les intestins nous offrent une arborisation noirâtre de tous les vaisseaux. Psorentérie, mais pas d'autres lésions.

Cœur en systole, complètement vide à gauche. Le ventricule droit est également en systole. Caillots noirâtres et petits dans l'oreillette. Pas de caillots fibrineux.

Le *foie* est volumineux ; son poids est de 2,880 gr. Cirrhose au début.

Cavité crânienne. — Anémie générale. OEdème de la substance cérébrale, qui est plus pâle que de coutume. Liquide louche, purulent même, dans le 4e ventricule. Plaques de méningite sur le bulbe et la protubérance. On trouve des granulations tuberculeuses le long des sylviennes. Les espaces lymphatiques sont remplis d'un liquide opalescent.

Protubérance et bulbe. — Ici est le nœud vital, nœud gordien

trop souvent tranché par les lésions bulbaires primitives ou secondaires. Nous ne nous occuperons que des premières ; nous avons déjà signalé les secondes à propos des maladies cérébrales, nous les retrouverons maintes fois encore.

La compression du bulbe par tumeurs syphilitiques ou autres, par arthrite cervicale avec subluxation de l'apophyse odontoïde, etc., amènent la mort subite par syncope. Il en est de même de la thrombose ou de l'embolie de l'artère basilaire ou de la spinale antérieure qui irrigue le bulbe et qui, par cette obturation de sa lumière, en provoque la dégénérescence.

Dans la paralysie labio-glosso-laryngée, la mort est le plus souvent rapide ou subite : elle survient par le cœur ou le poumon ; dans ce dernier cas, le malade succombe au milieu d'un accès d'étouffement. Dans le premier, elle peut être annoncée par une série de syncopes dont la durée et la gravité sont croissantes. Il n'est pas rare qu'une syncope mortelle survienne inopinément alors que rien, en apparence, ne faisait prévoir une fin si prochaine. Duchenne considère, à ce point de vue, la perte des mouvements de diduction de la mâchoire inférieure comme un signe pronostique des plus fâcheux ; il a vu souvent l'apparition de ces symptômes précéder de peu de temps la terminaison fatale ; c'est que, dit-il, la paralysie des ptérygoïdiens indique que les lésions se sont étendues au noyau moteur de la cinquième paire, et, une fois arrivées là, elles n'ont plus beaucoup de chemin à faire pour atteindre le noyau du pneumo-gastrique. Plusieurs fois Duchenne a pu, d'après ce seul fait, prédire la fin prochaine des malades qu'il examinait.

A la suite des maladies des centres nerveux à lésion connue, voici ce que dit Burlureaux dans son article *Épilepsie*, dans le *Dict. encyclopédique*, à propos de la mort subite dans les névroses :

« Quelque alarmant que soit l'aspect d'un épileptique pendant son attaque, comme étranglé par le nœud coulant d'un exécuteur invisible (Radcliffe), il est très rare qu'il succombe pendant l'accès, à moins que, l'attaque survenant pendant un repas, les aliments ne pénètrent dans les voies respiratoires, à moins qu'il ne s'étouffe dans son lit, qu'il ne tombe dans le feu ou qu'il ne se noye dans un bain. Pendant une attaque isolée, les cas de mort sont assez exceptionnels ; on a cependant cité des cas de rupture du cœur (Short, 1 cas; Lunier, 2 cas) et des cas d'asphyxie par le fait de la durée prolongée de la période tonique, surtout dans l'éclampsie des enfants. Quand les attaques sont subintrantes, dans l'éclampsie des femmes en couches, dans l'état de mal, le pronostic s'aggrave sensiblement, mais cet état lui-même est très rare, surtout en dehors des asiles d'aliénés. Gowers n'en a pas vu un seul cas suivi de mort.

Moelle. — La myélite aiguë tue au bout d'un temps variable. La mort est très rapide, parfois même subite, quand le ramollissement se complique d'hématomyélie. Elle survint en treize heures dans un cas de Magnier, cité par Hayem dans sa thèse d'agrégation.

Dans la sclérose en plaques, on a vu survenir la mort rapidement et parfois subitement par arrêt du cœur, sans doute lorsque la lésion envahissait le territoire des pneumogastriques.

La sclérose diffuse généralisée primitive se termine le plus souvent par cachexie spinale. La terminaison par extension bulbaire avec paralysie labio-glosso-laryngée est rare. MM. Cornil et Lépine en ont pourtant publié un cas très net (Hallopeau, *Paralysies bulbaires*).

L'atrophie musculaire progressive amène quelquefois assez rapidement la mort par envahissement bulbaire. On voit alors rapidement apparaître les signes de la paralysie labio-glosso-laryngée. Il survient enfin des étouffements, de la dyspnée ;

le pneumo-gastrique est envahi et la mort arrive subitement par syncope.

5° Maladies de l'appareil urinaire

Dans toutes ou presque toutes les maladies des reins, néphrites, dégénérescence amyloïde, hydronéphrose, pyélo-néphrite, etc., l'accident le plus à redouter, celui qui entraîne la plupart du temps la mort subite ou rapide, c'est l'urémie. Les manifestations de cet empoisonnement revêtent différentes formes, mais le résultat est toujours le même.

Le néphrétique peut mourir rapidement par urémie, soit à forme dyspnéique, soit à forme apoplectique ; ces deux formes aboutissent à une période comateuse rapidement fatale.

La forme dyspnéique est caractérisée par une dyspnée subite que n'explique aucune lésion cardio-pulmonaire : cette gêne respiratoire, qui peut amener en quelques heures un coma mortel, coïncide quelquefois avec une inspiration sifflante et une raucité de la voix : tout est réuni pour faire croire à une altération du larynx, et Jaccoud rapporte, d'après Christian, que la trachéotomie a été pratiquée deux fois dans de semblables circonstances.

Jaccoud passe sous silence une forme qu'on pourrait appeler apoplectique et que signalent Charcot et Lancereaux. Subitement, parfois au milieu d'un état de santé en apparence parfaite, survient une attaque apoplectiforme pouvant faire supposer une hémorragie cérébrale ou un empoisonnement par l'opium. Les malades succombent dans le coma.

Il est à noter que l'attaque d'urémie, à quelque type qu'elle se rattache, est accompagnée d'un abaissement thermique d'un ou deux degrés centigrades. Cette algidité, dans laquelle succombent assez généralement les malades, est un excellent signe

diagnostique sur lequel Bourneville a insisté avec raison dans ses études cliniques et thermométriques sur le système nerveux.

Nous empruntons aux *Archives de médecine navale* un cas assez intéressant de mort subite au début d'une néphrite albuminurique que M. le professeur Guès y a publié en 1879.

Observation VIII

Le sieur S... (Eugène), 22 ans, matelot de 3e classe à l'école de Boyardville, entre à l'hôpital, le 14 février 1879.

Cet homme vient de Boyardville ; il est envoyé à l'hôpital comme atteint de névralgie sciatique. Cette maladie a été traitée par l'application de ventouses et de deux larges vésicatoires. Aujourd'hui la douleur a disparu ; mais sur la région fessière droite, à l'endroit où on a appliqué les vésicatoires et sur la région lombaire du même côté, on constate la présence de pustules d'ecthyma qui occasionnent de légères douleurs au malade.

Pas de fièvre ; l'appétit est bon, les fonctions digestives s'opèrent normalement.

Le malade affirmait en effet qu'il était complétement débarrassé de sa névralgie. Pas d'autres antécédents morbides.

Le 21 au matin, le malade se plaint d'un peu de chaleur et de céphalalgie. Puis tout rentre dans l'ordre lorsque, le 23 au matin, on le trouve en proie à une anasarque notable. De la veille au soir jusqu'au 23 au matin, en 14 heures par conséquent, non seulement une infiltration générale de sérosité s'était produite, mais encore les couleurs de ce jeune et vigoureux matelot avaient disparu pour faire place à cette décoloration si frappante de l'anasarque albumineuse. Le scrotum, la

verge, sont œdématiés ; le péritoine contient une faible quantité de liquide dans les parties déclives, ainsi que la plèvre. A la percussion, pas d'hydropéricarde notable. Pas de troubles cérébraux. Douleur lombaire à droite à la pression, urines claires, fortement albumineuses et contenant des fragments de cylindres granuleux en quantité modérée, ainsi que des globules de sang très rares, décolorés, peu reconnaissables.

Malgré un traitement approprié (lait et digitale), l'état général reste stationnaire. Rien d'anormal dans la journée du 25.

Le 26, vers 6 h. du matin, S... est dans son état ordinaire. Tout à coup il pousse un cri (ah !), semble respirer avec difficulté, cherche à s'asseoir sur son lit, fait quelques mouvements des membres supérieurs et retombe mort. D'après ses voisins et l'infirmier de la salle, cette scène n'a pas duré plus de trois minutes.

Autopsie faite 24 heures après la mort.

Infiltration générale du tissu cellulaire ; décoloration absolue des téguments. Traces d'un vaste vésicatoire à la région fessière droite (20 centim. carrés environ). L'abdomen contient un litre et demi de sérosité limpide. Reins volumineux, très congestionnés. La coupe montre que les deux substances, corticale et médullaire, ne se distinguent pas nettement, à cause de l'intensité de l'hyperhémie qui les colore presque uniformément. Petit foyer hémorrhagique de 1 centim. environ de diamètre dans le rein gauche : au niveau de ce foyer, le tissu semble désorganisé. Rien du côté du foie, de la rate et du cœur.

Le poumon gauche et la plèvre correspondante sont normaux. Le poumon droit est complétement adhérent à la cage thoracique, dont on ne le détache que très difficilement ; car il lui est uni par un tissu cellulaire solide résultant de la fusion et de l'épaississement des deux feuillets de la plèvre. Cette sclérose

a envahi la périphérie du poumon, tandis que le reste de l'organe est crépitant et perméable à l'air.

Les méninges sont distendues par la masse encéphalique ; leur surface est anémiée ; les grosses veines seules contiennent du sang ; le cerveau est pâle et moins résistant, surtout au niveau des lobes frontaux. Accumulation de 50 *gr.* environ de liquide céphalo-rachidien. Les ventricules latéraux contiennent chacun environ 10 gr. de liquide. Les plexus choroïdes sont pâles, d'aspect décoloré et profondément exsangues.

M. le Professeur conclut ainsi :

Voilà donc une mort subite qu'on ne peut attribuer ni à une embolie (cœur et gros vaisseaux parfaitement sains), ni à une asphyxie par œdème du larynx et des poumons (l'état de ceux-ci le démontre), ni à une forme quelconque de l'anémie (absence complète de troubles nerveux et digestifs). Je ne veux pas rechercher le mécanisme intime de l'accident, mécanisme qu'il serait d'ailleurs difficile d'établir : je me bornerai à appeler l'attention de mes confrères sur le fait lui-même.

Possibilité d'une mort *subite* au début d'une albuminurie d'origine probablement cantharidienne... Et en allant un peu plus loin, l'œdème cérébral étant la seule lésion susceptible d'expliquer l'accident, possibilité d'une mort subite dans le cours de toute affection qui s'accompagne d'une exsudation séreuse généralisée.

Signalons, enfin, la sclérose du poumon droit et l'absence de cavité pleurale du même côté ; double altération, développée lentement, sourdement, sans avoir jamais éveillé l'attention du sujet et compatible avec un service fort actif tel que l'est celui du matelot.

Le cancer du rein tend toujours à une terminaison fatale. La plupart du temps, les malades succombent comme les autres cancéreux aux progrès de la cachexie et du marasme ; mais la

mort peut aussi survenir brusquement soit par urémie, soit par une abondante hémorragie, une rupture dans le péritoine ou une perforation intestinale. Mais ce sont là des cas tout à fait exceptionnels.

6° Maladies de l'appareil génital

Nous avons parlé précédemment, à propos de la phlébite, des cas de mort subite que M. Duguet a observés dans son service, et dont il a fait la relation dans la *Gazette des hôpitaux*, 1878, N^{os} 64 et 67 ; nous n'y reviendrons pas.

7° Système osseux

A l'article Poumon du *Dictionnaire de Jaccoud*, il est relaté plusieurs cas d'embolie graisseuse du poumon par suite de carie, de nécrose, ou de fracture. On comprend assez facilement le mécanisme de la production de pareils accidents pour que nous ne nous appesantissions pas sur eux. D'ailleurs ils sont fort rares.

CHAPITRE II

MALADIES GÉNÉRALES

1° Miasmatiques

Non transmissibles. — Dans l'impaludisme, la mort subite peut survenir par rupture de la rate : cet accident, dit Collin cité par Laveran et Teissier, s'observe principalement chez des individus qui ont de grosses rates et chez lesquels des paroxysmes fébriles viennent encore augmenter la congestion splénique : les adhérences et les tiraillements qui en sont la suite constituent une circonstance prédisposante. La rupture de la rate est presque toujours suivie d'une hémorragie intra-péritonéale et d'une péritonite mortelle.

Comme toutes les maladies infectieuses, les fièvres rémittentes et les formes pernicieuses ou graves de l'impaludisme amènent de la myocardite ou une dégénérescence graisseuse du cœur. Nous avons déjà vu quel rôle jouaient ces lésions dans la mort subite.

MM. B. Benoît, Bérenger-Féraud, Monestier, ont observé quelques faits de mort subite dans la bilieuse hématurique. Ce dernier a vu son malade succomber subitement dans le cours de cette maladie par le fait d'une thrombose de l'artère pulmonaire.

Suette. — Dans cette affection on voit se produire de nombreuses syncopes qui amènent parfois la mort subite. Ces syncopes sont si connues que Jaccoud croit que des recherches anatomiques plus complètes démontreront une dégénérescence du cœur.

Transmissibles du groupe typhus. — Dans le typhus, où l'on n'a pas à craindre la plupart des accidents et complications de la fièvre typhoïde, tels que les hémorragies intestinales et les péritonites par perforation, on voit quelquefois succomber les malades par l'intensité même des symptômes généraux ou des symptômes nerveux : dans des cas graves, il y a une véritable sidération et les malades succombent en quelques jours. D'autres fois, les individus atteints de typhus succombent sans qu'on puisse rattacher leur mort à une cause quelconque, comme on peut le voir dans l'Observation suivante, que j'ai prise dans les notes de mon père.

Observation IX

En 1854, le vaisseau *le Fleurus* rentrait de Crimée à Toulon, avec un convoi de 200 convalescents sortis des hôpitaux de Constantinople, lorsque, 24 heures après le départ de Messine, se déclara à bord une épidémie de typhus, qui en 48 heures atteignit plus de 80 hommes, tant passagers que de l'équipage. Il y eut plusieurs décès. A son arrivée, le vaisseau fut mis en quarantaine au lazaret de Toulon. Pendant les premiers 18 jours, il n'y eut pas un seul décès; mais le 19^{me}, un convalescent de typhus assis sur son lit, dans l'hôpital du bord, prenant son déjeuner de 10 heures du matin, s'affaissa subitement, et nous ne pûmes que constater le décès.

L'autopsie la plus minutieuse, faite 24 heures après la mort,

ne put nous dévoiler la cause de cette mort aussi rapide qu'inattendue.

Dans le typhus récurrent, le collapsus subit n'est pas rare non plus que dans la typhoïde bilieuse ; mais, dans cette dernière maladie, il est un autre facteur dont il faut tenir compte : je veux dire la rupture de la rate suppurée, avec toutes ses conséquences : asphyxie ou péritonite.

La fièvre typhoïde a, de tout temps, exercé la sagacité des médecins pour expliquer le point de départ de la mort subite qui se produit à toutes les périodes de son évolution. En effet, la mort subite n'est pas rare dans le cours de la fièvre typhoïde. Elle peut survenir, à une époque quelconque de la maladie, à dater du sixième jour (*Gaz. des hôp.*, 1877, p. 62), la convalescence comprise. Elle a presque toujours lieu par syncope ; ce qui ne signifie pas que la syncope soit toujours mortelle dans la fièvre typhoïde (*Gaz. des hôp.*, 1877, p. 49), mais indique que c'est un accident des plus redoutables.

Le mécanisme de la mort par syncope chez les typhiques est depuis ces dernières années un problème très discuté. Deux théories pricipales sont en présence: 1° celle d'Hayem, qui met en cause une complication que nous étudierons plus loin, la dégénérescence cardiaque ; 2° celle de Dieulafoy, qui attribue la syncope à une excitation partie de l'intestin malade et réfléchie par le bulbe, soit sur le pneumogastrique seul (arrêt du cœur), soit sur le pneumogastrique et les nerfs respiratoires (arrêt de la respiration et du cœur), soit enfin sur le pneumogastrique, les nerfs respiratoires et les nerfs de relation (arrêt du cœur, de la respiration et convulsions).

L'explication d'Hayem est fondée sur des données anatomo-pathologiques irrécusables. Celle de Dieulafoy a pour elle des faits qui, s'ils ne sont pas absolument probants, méritent du moins d'être pris en sérieuse considération ; par exemple : des

observations de mort subite en dehors de la fièvre typhoïde, sous l'influence de circonstances en apparence insignifiantes (ingestion d'eau glacée, cautérisation ammoniacale du pharynx, lombrics de l'intestin), et des expériences qui, comme celles de Brown-Séquard, Goltz, Bernheim, Torchanoff, établissent que le cœur peut être arrêté par une irritation intestinale.

Chacune de ces deux explications est critiquable quand elle prétend s'appliquer à tous les cas. La mort subite survient parfois alors qu'à l'autopsie, aidée de l'examen microscopique, on ne trouve aucune altération du cœur : voilà pour la théorie d'Hayem. Quant à celle de Dieulafoy, elle me paraît peu convenir aux morts subites de la convalescence, alors que les ulcérations intestinales sont complètement cicatrisées. En outre, on peut lui faire des objections plus graves, parce qu'elles sont plus générales. L'irritation produite par le travail intestinal de la fièvre typhoïde est-elle comparable à l'excitation violente que produisent des cautérisations du pharynx, à l'impression énergique qui suit une ingestion de glace, ou à l'irritation mécanique de la muqueuse intestinale, comme dans les cas cités plus haut ?

Il est difficilement admissible que les ulcérations de la fièvre typhoïde produisent cette excitation au moment où elles se cicatrisent, alors qu'elles existent depuis 2 ou 3 semaines impunément.

Enfin, pourquoi la dysenterie ne produit pas la mort subite, alors que cette terminaison a lieu dans le typhus, où l'intestin est intact ?

L'explication de Dieulafoy comporte donc plus d'hypothèses que celle d'Hayem. Rationnelle en somme et séduisante, elle n'est acceptable que dans les cas où l'autopsie démontre l'intégrité absolue du cœur.

Deux médecins militaires, Bussard et Laveran, ont incriminé l'anémie cérébrale soudaine qui survient chez un individu débi-

lité quand on le fait changer de position. On sait, en effet, que la syncope se manifeste surtout quand les malades exécutent un mouvement de quelque étendue, par exemple quand ils vont à la garde-robe ou bien encore quand ils subissent une émotion. Cette explication ne vaut ni plus ni moins que celle de Dieulafoy. Elle doit céder le pas à celle d'Hayem, basée sur des faits positifs ; mais elle est admissible quand le cœur n'est pas altéré.

En somme, trois influences peuvent être invoquées comme causes de la mort subite dans la fièvre typhoïde : 1° dégénérescence cardiaque ; 2° excitation réflexe intestinale ; 3° anémie cérébrale.

C'est être trop exclusif que vouloir faire intervenir toujours une de ces causes à l'exclusion des autres : chacune d'elles a, vraisemblablement, sa part d'action et ses cas particuliers, bien que l'explication d'Hayem soit la plus généralement acceptable.

Chez les malades atteints de fièvre typhoïde avec complications thoraciques, il n'est pas rare que des caillots se forment dans le cœur, et ces caillots peuvent être la cause de la mort subite ; le Dr Marvaud (*Arch. gén. de méd.*, 1880) en a cité des exemples probants, mais cette explication ne peut s'appliquer qu'à un petit nombre de faits.

Cet accident de la fièvre typhoïde peut encore reconnaître comme cause une hémorragie intestinale abondante, comme dans le cas que nous citerons tout à l'heure.

Observation X

Fièvre typhoïde. — Mort subite.

Le 25 novembre 1885, entrait à l'hôpital principal, salle 3, lit 3, le nommé Thomas (Guillaume), matelot de commerce à

bord du steamer *le Havre*. Il se plaint de céphalalgie, anorexie, diarrhée, douleur dans la fosse iliaque droite. La fièvre est assez forte ; 40,3 à l'entrée. Le lendemain, 40° matin et soir. Pendant les quelques jours qui suivent, le thermomètre oscille aux environs de 39,5 à 40°. Les urines contiennent une assez forte proportion d'albumine et d'indican. Le 10 novembre, l'observation constate : Pas de râles dans la poitrine. T. matin : 39°, — soir : 39,8. Le pouls est plein, dicrote, à 84 pulsations. Le 11 novembre, T. matin : 39,4. Le pouls est à 100. Toujours pas de râles dans la poitrine. Selles nombreuses. Diminution de l'albumine et de l'indican ; lorsque, à 3 heures du soir, le malade est pris d'une syncope et meurt subitement.

Autopsie faite 24 heures après la mort.

Amaigrissement marqué. Dents fuligineuses. Traces d'hémorragie à l'entrée des narines.

Abdomen. — Engorgement des ganglions mésentériques. Congestion marquée, surtout à la partie inférieure de l'intestin grêle. Élévation des plaques de Peyer. Les ulcérations sont d'autant plus caractérisées que l'on se rapproche davantage de la valvule de Boudin, qui est elle-même épaissie, ulcérée et couverte de fausses membranes verdâtres.

Foie volumineux et stéatosé.

Rate grosse et ramollie.

Poumons congestionnés, surtout à leur base.

Cœur jaunâtre et par places se déchire facilement.

Pas de caillot dans ses cavités. Pas de lésions d'orifice.

Nous pouvons, ce me semble, attribuer cette mort subite à la dégénérescence du cœur.

Observation XI

Mort subite dans la fièvre typhoïde. — Communiquée par Monsieur le Docteur Randon.

Le nommé le Bihan, fusilier à bord de l'*Amiral-Duperré*, décédé le 21 août 1886, à bord.

Cet homme s'est présenté le 19 août à la visite. Se dit fatigué depuis deux jours. Anorexie, langue blanche, étalée, humide. T. matin : 39,4, — soir : 39,8. Le 20 août, au matin, rien du côté du cœur ni des poumons. Pas de taches rosées. Le soir, à la contre-visite, la température est de 40,2. Nous décidons l'envoi de l'homme à l'hôpital pour le lendemain. A 3 heures et demie du matin, son voisin de lit crut percevoir un bruit anormal, comme un ronflement particulier ; il appela l'infirmier, qui prévint le médecin de garde, lequel ne put que constater le décès.

L'autopsie, faite 11 heures après la mort à l'hôpital de la marine, nous montra les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde et du coup de chaleur.

Les *poumons* sont très congestionnés.

Le *cœur* présente une coloration très-pâle de la fibre musculaire. Aspect cuit et flétri. Rien d'anormal aux orifices. Petits caillots dans les ventricules.

Trois plaques de Peyer ulcérées. Ganglions mésentériques engorgés.

Rate (500 gr.) molle et friable.

Foie congestionné.

Reins asphyxiques.

Observation XII

Mort subite dans la fièvre typhoïde. — Communiquée par le Dr Randon.

Le nommé Floch, fusilier à bord de l'*Amiral-Duperré*, décédé à bord, dans la nuit du 23 au 24 août 1886.

Le 21 août, cet homme avait eu une légère syncope dans les rangs ; grâce à quelques soins, il revint très-vite à lui. Malade depuis la veille, il entre à l'hôpital du bord le 21 août ; rien du côté du cœur et du poumon. Traitement approprié jusqu'au 23 août soir, où l'envoi de l'homme à l'hôpital, à terre, est décidé pour le lendemain. Le soir, à 9 heures et demie, l'infirmier, jetant un coup d'œil sur le lit de Floch, jusque-là assez gai, s'aperçoit qu'il est d'une pâleur extrême et qu'il a perdu connaissance. Malgré tous les soins prodigués par le médecin de garde, ce matelot meurt dans le coma, à 2 heures du matin.

L'*autopsie*, faite le soir même, montre une congestion intense des poumons. Le cœur est pâle et flétri ; ses orifices sont normaux.

Les ganglions mésentériques sont engorgés ; les plaques de Peyer sont hyperhémiées au voisinage de la valvule iléo-cœcale. — Pas d'ulcérations.

La cavité crânienne n'a pas été ouverte.

Observation XIII

Mort subite dans la fièvre typhoïde. — Communiquée par M. le Dr Randon.

Le nommé Chagnaud, 22 ans, matelot, se présente à la visite le 1er septembre 1886 avec tous les symptômes d'une fièvre typhoïde. La maladie évolue normalement chez lui jusqu'au 5, lorsque, à 11 heures du soir, il perd subitement connaissance; il présente de la pâleur de la face, cyanose des lèvres, coma,

respiration lente, suspirieuse, contracture des membres supérieurs.

A 1 heure, les extrémités se refroidissent ; râle trachéal ; le pouls est faible, à 130 pulsations.

A 4 heures, les extrémités semblent se réchauffer ; le pouls se relève un peu.

A 6 heures, mort.

Autopsie faite 11 heures après la mort.

Congestion intense des poumons.

Péricarde contenant 120 grammes de sérosité citrine.

Le cœur est pâle, flétri, a un aspect cuit. Orifices normaux, caillots fibrineux volumineux dans le ventricule droit. Engorgement des ganglions mésentériques. Nombre considérable de follicules clos hyperhémiés dans les environs de la valvule.

Nota. — L'examen microscopique de la fibre cardiaque, pratiqué plus d'un mois après, a démontré l'existence d'une dégénérescence granulo-graisseuse de la fibre cardiaque.

Observation XIV

Mort subite dans la fièvre typhoïde, suite d'hémorrhagie intestinale.

Le nommé Perrier (Jules), 25 ans, soldat d'infanterie de marine, était en traitement à la caserne des Isolés pour fièvre typhoïde, lorsqu'il succomba subitement, le 29 avril 1887.

Autopsie pratiquée 24 heures après la mort.

Teint jaunâtre d'anémie. Cet homme paraît cependant être bien musclé.

Cavité thoracique. — Rien du côté des poumons. Quelques caillots sanguins dans le cœur gauche. Rien du côté de l'aorte.

Abdomen. — Quantité de liquide sanguinolent évaluée à 1 litre et provenant de l'exsudation à travers l'intestin grêle.

Tout l'intestin grêle présente un aspect rouge noirâtre, comme un boudin rempli de sang.

Lorsqu'on ouvre cet organe, il s'en échappe une grande quantité de sang provenant d'ulcérations intestinales en voie de réparation. Tout l'intérieur de cette partie du tube digestif présente une coloration rouge hortensia. Le gros intestin présente des traces d'ulcérations anciennes cicatrisées.

La rate est volumineuse et friable. P. = 500 gr. Le foie est hypertrophié, moins consistant que d'ordinaire et un peu gros; il pèse 1,700 grammes.

A-t-on cité des cas de mort subite dans la peste ? Griésinger parle, il est vrai, de collapsus subit dans cette maladie.

Les cas de mort subite sont fort rares aussi dans la fièvre jaune ; mon père m'a affirmé n'en avoir jamais observé.

2° Virulentes

Virus volatils.— Les fièvres éruptives et la variole en particulier s'accompagnent souvent de myocardite, dont la gravité est si grande que Desnos a pu dire que la myocardite est une des principales causes de la mort subite chez les varioleux. Comme conséquence de l'inertie du cœur se produisent des congestions passives vers les poumons et des thromboses dans les ramifications de l'artère pulmonaire.

La scarlatine, quand elle se complique de néphrite, peut amener l'urémie et ses conséquences. Ashby, cité dans la Thèse de mon camarade le docteur Branzon, relate plusieurs faits de ce genre.

Hayem a signalé des lésions du cœur dans la diphtérie. Est-ce à cette cause qu'il faut rattacher la mort subite dans la convalescence de cette affection que nous avons relatée plus haut ? L'absence d'autopsie ne nous permet pas de nous prononcer d'une façon absolue.

Virus fixes. — Dans les maladies à virus fixes, telles que la morve, le farcin, la pustule maligne, on comprend très bien la mort subite par suite d'embolie.

On a cité des exemples très nets de mort subite dans la syphilis, dont l'artérite ne diffère pas des autres artérites ; cette dégénérescence des artères peut amener des thromboses et des ruptures bulbaires.

3° Dystrophies constitutionnelles

Rhumatisme. — « La mort subite peut survenir dans le rhumatisme. Goddard Rogers en a cité des exemples dont la cause était une embolie pulmonaire ; cette cause de mort dans le rhumatisme est rare.

» La thrombose cardiaque peut déterminer de même une issue funeste pendant la période aiguë (Roger et Bathery, 1869). Elle a été considérée sans preuve suffisante comme la cause d'accidents cérébraux apoplectiformes, dont nous parlerons tout à l'heure.

» La myocardite, qui est presque toujours associée dans une certaine mesure à l'endocardite et à la péricardite (Senator, E. Besnier), n'existe peut-être pas à l'état isolé : les observations anciennes, celles de Stanley (1816) en particulier, sont contestables ; West a récemment fait mention d'un cas de myocardite sans endocardite.

» Dans la plupart des cas d'endocardite et de péricardite aiguë, les troubles fonctionnels restent modérés ; ils prennent parfois cependant un caractère tout à fait alarmant dans l'endocardite ulcéreuse ou lorsque des lésions aiguës se développent chez des malades atteints déjà d'affections organiques anciennes. Il se produit alors une arythmie complète, une véritable folie du cœur accompagnée de palpitations violentes, et chez quelques sujets un état d'angoisse horriblement douloureux ; dans d'autres circonstances on voit se dérouler tous les accidents d'une asystolie rapide, qui mettent la vie en danger ou entraînent rapidement la mort.»

Accidents cérébraux du rhumatisme. — « Le rhumatisme ataxique suraigu (forme apoplectique des auteurs) comprend la série assez complexe des cas foudroyants qui éclatent tout à coup et tuent le malade en peu d'heures. La soudaineté du début et la terminaison rapide par une mort inopinée sont les traits communs de tous ces faits. Trousseau cite l'observation d'un homme très-robuste, grand buveur, qui, au dix-septième jour d'un rhumatisme aigu, après un amendement momentané, « se plaint tout à coup de ne plus voir clair, vocifère, crie au voleur, s'élance hors du lit, tombe, est replacé dans son lit, lutte avec deux infirmiers en déployant une force considérable, puis s'affaisse et meurt. Toute cette scène avait duré un quart d'heure à peine. » Un jeune homme, observé par Bourdon, meurt presque subitement au huitième jour d'un rhumatisme articulaire aigu modéré, après avoir présenté seulement pendant une heure et demie une agitation extrême et du délire accompagné d'oppression et de battements de cœur violents. Un malade de Gintrac se plaint tout à coup d'une douleur très-vive à l'épigastre avec constriction qui s'irradie dans toute la base de la poitrine ; nausées ; bientôt après, perte de connais-

sance, face vultueuse, respiration stertoreuse, pouls très-petit, mort en une heure.

La forme foudroyante est rare ; Ball en signale seulement 5 cas sur 69 observations de rhumatisme cérébral. Cet auteur (1866) a trouvé, à l'autopsie, les lésions les plus contradictoires. La suffusion séreuse des méninges avec ou sans hydrocéphalie est mentionnée chez deux sujets qui ont succombé à des accidents apoplectiques ; elle manque chez trois autres dans les mêmes conditions, etc. Chez 32 malades de cette catégorie, « le cerveau et les membranes ont été trouvés tantôt exempts de toute altération, tantôt légèrement injectés, tantôt exsangues et d'une pâleur remarquable ; trois fois seulement les produits d'exsudation fibrineuse ou purulente rendaient incontestable l'existence d'une méningite. » — (Rhumatisme *Dictionnaire Jaccoud*, par G. Homolle).

La *goutte* présente plus de causes de mort subite qu'il n'en faut pour l'expliquer (athérome, néphrite interstitielle, dégénérescence du cœur). Il en est de même dans le scorbut, où le hémorragies, la dégénérescence du cœur, suffisent à expliquer les morts subites qui ont lieu fort rarement dans cette affection.

Tuberculose. — Nous avons vu, à propos des maladies des méninges, un cas de mort subite par tuberculose : nous n'y reviendrons pas.

Dans le *cancer*, en dehors des hémorragies foudroyantes dont nous avons déjà parlé, on peut quelquefois incriminer une embolie consécutive à la phelgmatia alba dolens, qui est pour ainsi dire la règle dans cette dystrophie, et qui a permis à Trousseau de prévoir sur lui-même le cancer de l'estomac dont il devait mourir six mois plus tard.

Diabètes (1). — « La mort est la terminaison habituelle du diabète. Elle peut survenir de différentes façons :

1° *Mort lente,* épuisement par cachexie ;

2° *Mort rapide,* la plus fréquente de toutes, amenée par une complication, une opération chirurgicale faite sciemment ou non, et désastreuse du fait du diabète, une affection intercurrente que rien ne relie au diabète, mais qui revêt sous l'influence de cette maladie un caractère de gravité ;

3° *Mort subite* à craindre, surtout chez les diabétiques cachectiques, dont l'existence ne tient qu'à un fil ; il y a à redouter pour eux les excès de fatigue, les voyages, les émotions, etc.

Parfois, à l'autopsie, on n'a pas trouvé de lésions qui l'expliquent. »

On a incriminé dans certains cas l'acétonémie, l'urémie. Lécorché dit : peut-être aussi l'anoxémie (oxygénation insuffisante du sang) (Pettenkoffer et Voit).

Il me semble que semblable terminaison doit avoir été amenée parfois par une complication cérébro-bulbaire (hémorragie, ramollissement).

4° Intoxications

Alcoolisme. — Les ivrognes succombent principalement par congestion pulmonaire ou cérébrale, surtout s'ils restent exposés au froid. Dans l'alcoolisme chronique, l'athérome, les altérations du foie, des reins, etc., suffisent pour nous faire saisir la possibilité de la mort rapide chez les vieux buveurs.

Saturnisme. — Le saturnin (fait fort rare) est enlevé par une hémorragie cérébrale ou telle autre complication tenant

(1) Lécorché. *Traité des diabètes,* 1876.

aux altérations qu'on a signalées dans le saturnisme (embolie, thrombose artérielle, éclampsie, etc.)

Dans l'hydrargyrisme, la mort subite est possible, vu l'altération profonde portée à toutes les fonctions importantes par le mercure.

CONCLUSIONS

Voilà bien des mécanismes de la mort subite ; mais, si nous les analysons, nous les rapportons à trois principaux qui nous ramènent à notre point de départ : mort par le cœur, par le poumon, par l'encéphale. Mais, allant plus loin, pouvons-nous déterminer quel est celui de ces trois organes qui a amené la mort ? Je ne le crois pas et je crois qu'on ne le saura jamais. De ce que l'autopsie nous fait voir le poumon engorgé, etc., etc., ce n'est pas une raison pour dire que la cause de la mort, c'est le poumon. Qui pourra nier que le poumon, s'il n'est pas innervé par le pneumogastrique (par l'encéphale), ne fonctionnera plus ? Qui pourra nier que l'encéphale, ne recevant plus de sang du cœur, ne soit la cause de la mort ? Il en est de même pour le cœur qui, n'étant plus innervé par l'encéphale, arrêtera ses mouvements, et c'est à lui que l'on reprochera la mort. Il y a un trépied de la vie : cœur, poumon, encéphale, qui est une vraie trinité, et quand on dit que la mort est arrivée par l'un des trois on ne nomme que le phénomène le plus apparent : il faut chercher plus loin.

FIN

VU PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 24 novembre 1887.
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

VU BON A IMPRIMER :
Montpellier, le 24 novembre 1887.
Le Doyen,
A. CASTAN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !